

**MEDICAL SCIENCES****РОЛЬ «ВІСЦЕРАЛЬНОГО СИНДРОМУ» В ГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО  
ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ****Грек Л.П.***Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»**Асистент кафедри акушерства, гінекології  
та перинатології ФПО, кандидат медичних наук***A ROLE OF «VISCERAL SYNDROME» IS IN GENESIS OF  
CRONIC PELVIS PAIN AT A GENITAL ENDOMETRIOSIS****Grek L.***SE "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"**Assistant of the Department of obstetrics, gynecology  
and perinatology Candidate of Medical Sciences***АНОТАЦІЯ**

Метою роботи було визначити клінічні прояви «вісцерального синдрому» (ВС) і його вплив на перебіг синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у 120 пацієток з генітальним ендометріозом у поєднанні з доброякісними захворюваннями геніталій. ВС корелює з захворюваннями шлунково-кишкового тракту ( $p=0,33$ ;  $p<0,001$ ), сечостатевої системи ( $p=0,26$ ;  $p=0,004$ ), залізодефіцитними станами ( $p=0,29$ ;  $p=0,001$ ). Спостерігається середньої сили прямий кореляційний зв'язок ВС з тривалістю СХТБ ( $p=0,35$ ;  $p<0,001$ ) та силою болю за ВАШ ( $p=0,63$ ;  $p<0,001$ ), а також пов'язаний з підвищеним рівнем тривожності ( $p=0,50$ ;  $p<0,001$ ) і депресії ( $p=0,52$ ;  $p<0,001$ ). Патологічна больова аферентація призводить до дизрегуляції ноцицептивної системи і сприяє прогресу СХТБ, що підтверджується статистично значущими асоціативними зв'язками.

**ABSTRACT**

The aim of study was to define the clinical displays of "visceral syndrome"(VS). Influence of VS on the syndrome of chronic pelvic pain for 120 patients with a genital endometriosis in a combination with benign hormonal pathology of the genitals. A «VS» correlates with the diseases of gastrointestinal tract( $p=0,33$ ;  $p<0,001$ ), urogenital system( $p=0,26$ ;  $p=0,004$ ), iron-deficient states( $p=0,29$ ;  $p=0,001$ ). Marked middle force direct cross-correlation. copulas connection of «VS» with duration of CPP ( $p=0,35$ ;  $p<0,001$ ) and force of pain for VAS ( $p=0,63$ ;  $p<0,001$ ), and also related to the enhanceable level of anxiety( $p=0,50$ ;  $p<0,001$ ) and depression( $p=0,52$ ;  $p<0,001$ ). Pathological pain sensitiveness results in violation of the nociceptive system and assists progress of CPP, that is confirmed statistically by meaningful associative copulas.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, вісцеральний синдром, хронічний тазовий біль**Keywords:** genital endometriosis, chronic pelvic pain, visceral syndrome

**Актуальність теми дослідження.** Хронічний тазовий біль найбільш поширена клінічна проблема в жіночій популяції, яка стосується фізіологічної та емоційної складової життя жінки [2,3]. Висока частота екстрагенітальної патології, вторинні полісистемні функціональні порушення, супутні доброякісні гормональні захворювання репродуктивної системи, поліморбідність з нерідким приєднанням синдрому "взаємного обтяження" значно ускладнюють вирішення цієї проблеми [5,7]. Синдром ХТБ при генітальному ендометріозі (ГЕ) доброякісних гормонозалежних захворюваннях (ДГЗ) репродуктивної системи, окрім дисменореї, диспареунії, дисхезії, дизурії, м'язовому (соматичного) болю, може включати так званий, "вісцеральний тазовий біль", який посилює перебіг захворювання, проте до кінця не визначені патогенетичні аспекти його формування[9,10,14].

**Мета:** визначити особливості клінічних проявів «вісцерального синдрому» (ВС) і його вплив на

перебіг синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) при генітальному ендометріозі (ГЕ).

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 120 жінок з ГЕ у поєднанні з доброякісними захворюваннями органів малого тазу (лейоміома матки, гіперплазія ендометрія, хронічний сальпінгіт і оофорит (ХСО) ) в різних поєднаннях, які знаходилися на лікуванні в гінекологічному відділенні КЗ "Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги" Дніпропетровської обласної ради, що є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології і перинатології ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Проведено: загальноклінічні, бактеріологічні, бактеріоскопічні дослідження. З метою об'єктивізації больового синдрому використовувалася 10-бальна візуальна аналогова шкала (ВАШ) [6]. Для виміру сенсорної, емоційної і кількісної складових больового синдрому використовувалася спеціальна анкета – больовий опитувач Мак-Гілла, вираховувалися основні

показники: індекс кількості вибраних дескрипторів (ІКВД) (сума обраних слів), ранговий індекс болю (РІБ) (сума порядкових номерів дескрипторів у субкласах), сенсорний ІКВД, афективний (емоційний) ІКВД та оцінка сили болю. Для визначення рівня особистісної тривожності використали шкалу Дж. Тейлора, рівень депресії визначали за допомогою шкали Гамільтона [4].

Для статистичної обробки даних використовувались варіаційні методи параметричні та непараметричні методи статистики. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та програмного пакету MedCalc Statistical Software trial version 17.4. (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2017).

### Результати дослідження та їх обговорення.

В ході клінічного обстеження хворі були розподілені на 3 клінічні групи, в залежності від наявності та інтенсивності тазового болю. Першу клінічну групу склали 44 жінки з тяжким больовим синдромом з оцінкою по ВАШ 7-10 балів, 2-гу клінічну групу склали 41 пацієнтка з больовим синдромом помірної інтенсивності по ВАШ 4 – 6 балів. Залежно від тривалості тазового болю перші дві групи розділені на підгрупи: з тривалістю больового анамнезу більше 2 років - підгрупи 1-а і 2-а; з тривалістю хронічного тазового болю (ХТБ) більше 6 років - підгрупи 1-б і 2-б; 3-тю клінічну групу (групу порівняння) склали 35 жінок з безбольовим перебігом, оцінка за ВАШ склали 0-3 бали (табл. 1).

Таблиця 1

#### Розподіл жінок по групах дослідження в залежності від ВАШ та тривалості захворювання

Показники	Усі обстежені	1 група			2 група			3 група
		1-а	1-б	Разом	2-а	2-б	Разом	
Кількість, n (%)	120 (100)	24 (20)	20 (16,7)	44 (36,7)	20 (16,7)	21 (17,5)	41 (34,2)	35 (29,2)
ВАШ (бали), діапазон	0 - 10	7 - 10	7 - 10	7 - 10	4 - 6	4 - 6	4 - 6	0 - 3
В середньому M $\pm$ m (SD)	5,62 $\pm$ 0,23 (2,45)	7,96 $\pm$ 0,15* (0,74)	8,28 $\pm$ 0,23* (1,05)	8,10 $\pm$ 0,14* (0,89)	5,58 $\pm$ 0,17* (0,77)	5,31 $\pm$ 0,17* (0,77)	5,44 $\pm$ 0,12* (0,77)	2,32 $\pm$ 0,16 (0,86)
ХТБ (роки), діапазон	0 - 6	1 - 3	4 - 6	1 - 6	1 - 3	4 - 6	1 - 6	0
В середньому M $\pm$ m (SD)	3,74 $\pm$ 0,18 (1,97)	2,48 $\pm$ 0,14 (0,68)	6,10 $\pm$ 0,26* (1,17)	4,13 $\pm$ 0,31* (2,04)	2,30 $\pm$ 0,16 (0,70)	6,00 $\pm$ 0,24* (1,10)	4,20 $\pm$ 0,33* (2,09)	2,61 $\pm$ 0,21 (1,16)

Примітка. \* –  $p < 0,01$  порівняно з 3-ю групою за однофакторним дисперсійним аналізом ANOVA

Основним показанням для звернення за спеціалізованою медичною допомогою пацієнток 1-ї групи з'явився виражений больовий синдром, середня величина по ВАШ склали: 7,96 $\pm$ 0,15 балів у підгрупі 1-а, та 8,28 $\pm$ 0,23 у підгрупі 1-б, загалом у 44 пацієнток першої групи – 8,10 $\pm$ 0,14. Помірно виражений больовий синдром спостерігався у 40 пацієнток 2-ї групи: середня величина больового синдрому по ВАШ у підгрупі 2-а склали – 5,58 $\pm$ 0,17; 5,31 $\pm$ 0,17 у підгрупі 2-б та загалом у 2-й групі – 5,44 $\pm$ 0,12 балів. Третю клінічну групу склали пацієнтки з безбольовим перебігом (ВАШ 2,32 $\pm$ 0,16 балів) ГЕ у поєднанні з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрію та ХСО в різних поєднаннях.

Слід зазначити, що ряд дослідників [2,3,5] класифікують ГЕ не як місцевий процес, а як системне захворювання, при якому розвиваються поліоргани порушення і синдром взаємного обтяження. У зв'язку з цим ми приділяли особливу увагу перенесеним захворюванням у дитинстві, оперативним втручанням на органах малого тазу і супутнім екстрагенітальним захворюванням.

Серед перенесених інфекцій, щодо ОРВІ не має певних особливостей, дитячі інфекції більшою мірою

були перенесені жінками з тривалим больовим синдромом в 1-б та 2-б підгрупах ( $p < 0,05$  порівняно з 3-ю групою). Існує точка зору [1], що саме в цей період відбувається поетапне диференціювання та "надбудова" дієнцфальних статевих структур, становлення і синхронізація зв'язків кори та підкорки, що регулюють та виконують певні підрозділи статевої системи. Інфекційні захворювання бактеріальної та вірусної етіології, що трапляються в дитячому і пубертатному віці викликають функціональну недостатність гіпоталамічних структур, що в подальшому, може підтримувати тривалий перебіг патологічного процесу, обумовленого ГЕ з вираженим больовим синдромом, порушенням менструальної і репродуктивної функції [1].

У більш половини жінок усіх обстежених груп наявні в анамнезі інфекції, що передаються статевим шляхом. Достовірні розбіжності між групами спостерігаються за хламідіозом, трихомоніазом та кандидозом, де статистично значущі розбіжності спостерігаються між 3-ю групою та 2-а і 2-б підгрупами відповідно. Як свідчить даний аналіз, внаслідок тривалої напруги захисно-адаптаційних реакцій і зниження неспецифічної резистентності організму, пацієнтки цієї групи більше схильні до нервово-психічного навантаження [1,2].

До госпіталізації в стаціонар у переважної більшості пацієнток мали місце різні оперативні втручання на органах малого таза (на матці і придатках) і причому їх загальна кількість достовірно вище ( $p < 0,001$ ) у хворих 1-а, 1-б та 2-а підгрупи (50,0 %; 60,0 % та 70,0 % відповідно) порівняно з жінками 2-б підгрупи та 3-ї групи (38,1 % та 14,29 %). Лапаротомію було проведено 40,0 % пацієнткам з підгрупи 1-б та 35,0 % з підгрупи 2-а, що статистично суттєво менше ( $p = 0,020$ ) порівняно з 1-а, 2-б та 3-ю групою.

Спайковий процес II – III ступеню зустрічався у половини жінок з 1-б групи у третини з 1-а підгрупи (37,5 %) та 2-а підгрупи (35,0 %). У 3-й групі спайковий процес був виявлен лише у 1 жінки (2,86 %), що не суперечить точці зору багатьох дослідників про ноцицептивну роль спайкового процесу [8,22].

За частотою екстрагенітальної патології, яка мала місце у обстежених жінок у порівнянні з пацієнтками 3-ї групи, статистично значущу ( $p < 0,05$ ) перевагу мали захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) 1-б групи (75 % (95 % ДІ 53,13 - 88,81) порівняно з 37,14 % (95 % ДІ 23,17 - 53,66)); сечостатевої системи у 1-а, 1-б та 2-б підгрупах, судинні захворювання у 1-б та 2-б підгрупах. Залізодефіцитні стани, як наслідок АМК, зустрічалась у жінок з 1-а та 1-б підгруп, ендокринні захворювання - у 1-б групі.

У 1-а та 1-б підгрупах найчастіше зустрічалися захворювання шлунково-кишкового тракту – 58,33 % (95 % ДІ 38,83 - 75,53) та 75,0 % (95 % ДІ 53,13 - 88,81) відповідно; така ж тенденція у підгрупі 2-а, на відміну від неї у підгрупі 2-б, де висока частота зустрічаємості судинної патології – 61,9 % (95 % ДІ 40,88 - 79,25).

Звертає увагу тенденція до більшої поширеності серед пацієнток зазначених груп захворювань шлунково-кишкового тракту ШКТ (хронічний гастрит, холецистит, порушення функції печінки, синдром подразненого кишечника(СПК)). Хронічний гастрит зустрічався у половини жінок 1-а групи і та у 60% пацієнток 1-б групи, гепатохолецистит у 35,7% і відповідно у 46,6%, СПК, закрепи, проноси у 14,2% та відповідно у 26,7% пацієнток, що узгоджується з даними інших дослідників [23]. Вираженість захворювань ШКТ перевищувала таку у пацієнток групи порівняння, у зв'язку з тривалим прийомом не стероїдних протизапальних засобів,

гормональних препаратів, внаслідок чого відзначалися часті загострення гастриту, гепатохолецистита і СПК. Зазначені захворювання посилюють порушення білкового обміну, метаболізм стероїдних гормонів, імунологічні функції та створюють неефективність однієї з провідних патогенетичних систем – антиоксидантної, у виникнення та прогресування хронічного больового синдрому у хворих з генітальним ендометріозом та ДГЗ [5,7].

Наступною за частотою виникнення, в больових групах 1-а та 1-б відзначені захворювання сечостатевої системи, 37,7% и 35% відповідно, з проявами інтерстиціального циститу. Коморбидність ГЗ та інтерстиціального циститу серед пацієнток з симптомами тазової болі, спостерігається багатьма дослідниками, що трактують дану тенденцію спільністю патогенетичних больових механізмів а також мають загальну аферентну і еферентну іннервацію, кровообіг, м'язово-зв'язковий апарат[14]. Таким чином, ураження одного органу часто залучає до патологічного процесу інші[17]. Пов'язано це з феноменом так званої перехресної сенсibiliзації. Патологічні зміни в одному органі можуть негативно впливати на функцію інших органів внаслідок складних перехресних висцеро-висцеральних взаємодій периферичних нервових шляхів [18,21,20].

При оцінці психоемоційного стану жінок за опитувальником Мак-Гілла вираховувалися основні показники: індекс кількості вибраних дескрипторів (ІКВД) (сума обраних слів), ранговий індекс болю (РІБ) (сума порядкових номерів дескрипторів у субкласах), сенсорний ІКВД, афективний (емоційний) ІКВД та оцінка сили болю.

Найбільший рівень сили болю зафіксовано у 1-б підгрупі –  $2,45 \pm 0,17$  (0,76), найменший у 2-а –  $1,65 \pm 0,17$  (0,75), що виливається у статистично значущі розбіжності між цими підгрупами ( $p = 0,001$ ).

Ранговий індекс болю коливається від  $19,35 \pm 1,75$  (7,82) балів у 1-б підгрупі до  $11,29 \pm 0,88$  (4,04) у 2-б. Індекс кількості вибраних дескрипторів коливається від  $9,65 \pm 0,62$  (2,76) у 1-б підгрупі до  $6,33 \pm 0,35$  (1,59) у 2-б. Така ж сама тенденція щодо зростання ІКВД від 1-а до 1-б підгрупи з подальшим поступовим зниженням у 2-а та 2-б підгрупах зафіксована для сенсорного і афективного індексу кількості вибраних дескрипторів (рис. 1).

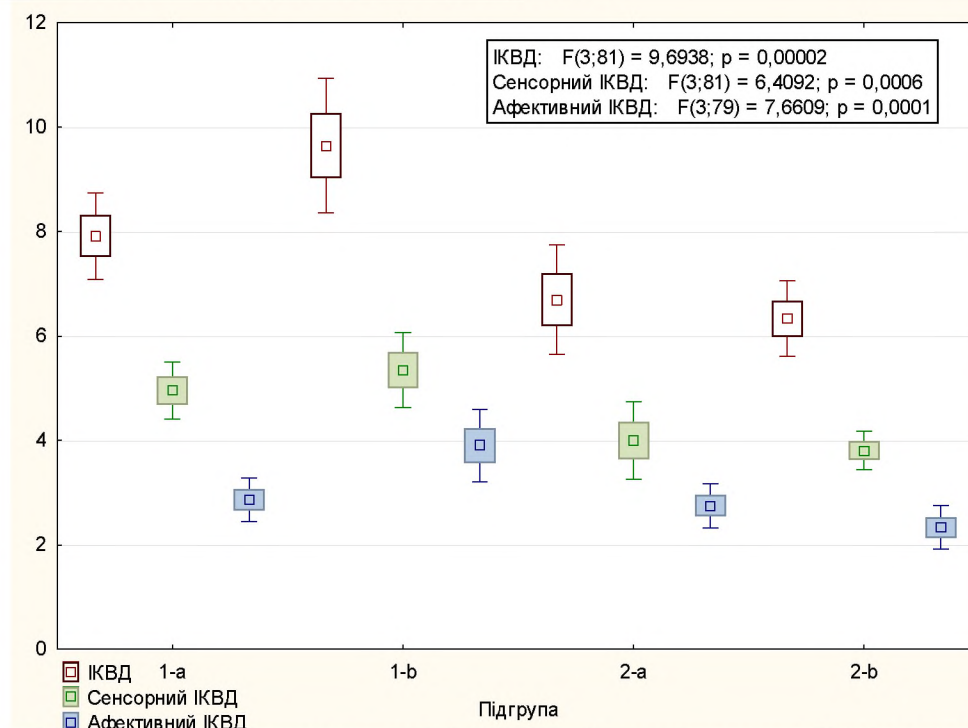


Рис. 1. Середні рівні ІКВД за опитувальником Мак-Гілла у обстежених жінок з СХТБ (квадрат - середня арифметична, ящик - стандартна похибка, плечі - 95 % довірчий інтервал ДІ)

Примітка. розбіжності за однофакторним дисперсійним аналізом ANOVA, F – критерій Фішера

Дані опитувальника Мак-Гілла дали змогу отримати не лише кількісну, але й якісну характеристику больового синдрому. Так у підгрупах 1-а та 2-б переважає помірний рівень сили болю (79,17 % та 76,19 % відповідно), у підгрупі 2-а – слабкий (50,0 %), у 1-б – сильний (60,0 %).

Для опису сильних болів пацієнтки 1-б групи використовували різні характеристики. Відзначені скарги, характерні для запального болю: ниючий, тягнучий біль спостерігалася у 100% пацієток, тупий, розпиралий біль, без чітких меж локалізації іс-

нував у 86% пацієток. Подібні симптоми обумовлені активацією вісцеральних аферентів та асоціюються з ноцицептивним болем (Cheong, 2006; Graziottin, 2013; Stratton et. al., 2015).

Оцінка болю за ВАШ корелює з оцінками болю за опитувальником Мак-Гілла прямим зв'язком середньої сили: коефіцієнт кореляції Пірсона між показником за ВАШ та силою болю –  $r=0,33$  ( $p=0,002$ ); ІКВД –  $r=0,54$  ( $p<0,001$ ); сенсорним ІКВД –  $r=0,48$  ( $p<0,001$ ); афективним ІКВД –  $r=0,41$  ( $p<0,001$ ). Отже, більші бали за ВАШ пов'язані з більш високими оцінками болю за опитувальником Мак-Гілла (рис.2).

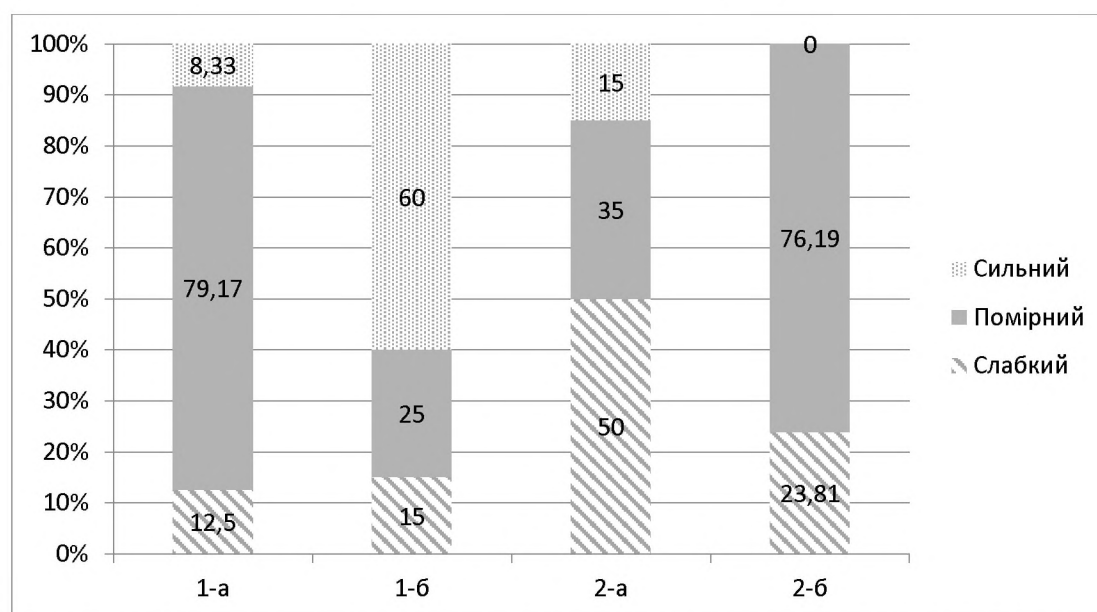


Рис. 2. Розподіл оцінок сили болю за опитувальником Мак-Гілла у обстежених жінок з СХТБ (%)

Також виявлено кореляційний зв'язок оцінок болю за опитувальником Мак-Гілла з тривалістю захворювання, а саме – сили болю ( $r=0,29$ ;  $p=0,008$ ) та ІКВД ( $r=0,27$ ;  $p=0,015$ ).

Для оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності нами було проведено тестування жінок за шкалою Дж. Тейлора. Як впливає з представлених

даних (табл. 2), 40 % пацієнок підгрупи 1-б та 8,33 % з підгрупи 1-а мали високий рівень особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора, решта – середній рівень, низької тривожності у цих підгрупах не спостерігалось. Рівень пацієнок за рівнем тривожності суттєво відрізнявся ( $p<0,001$ ) у 1 групі порівняно з 2-ю та 3-ю.

Таблиця 2

Показники рівня особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора у обстежених жінок з СХТБ

Показники	1 група (n=44)		2 група (n=41)		3 група (n=35)	p
	1-а (n=24)	1-б (n=20)	2-а (n=20)	2-б (n=21)		
Середній бал, M±m (SD)	15,71±0,8 (3,91) <sup>#</sup>	15,9±1,55 (6,94) <sup>#</sup>	9,2±0,85 (3,82)	9,62±0,83 (3,79)	6,48±0,48 (2,6)	<0,001 <sup>#</sup>
Рівень тривожності, n (%)						
Низький рівень (0-6 балів)	0 (0)	0 (0)	2 (10,0) <sup>*</sup>	2 (9,52) <sup>*</sup>	16 (45,71)	<0,001 <sup>*</sup>
Середній рівень (від 6 до 20 балів)	22 (91,67) <sup>*</sup>	12 (60,0)	18 (90,0) <sup>*</sup>	19 (90,48) <sup>*</sup>	19 (54,29)	<0,001 <sup>*</sup>
Високий рівень (більше 20 балів)	2 (8,33)	8 (40,0) <sup>*</sup>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<0,001 <sup>*</sup>

Примітки. p<sup>#</sup> – розбіжності між підгрупами 1-ї та 2-ї групи та 3-ю групою за однофакторним дисперсійним аналізом ANOVA:

# –  $p<0,001$  порівняно з 3-ю групою;

p<sup>\*</sup> – розбіжності між підгрупами 1-ї та 2-ї групи та 3-ю групою за критерієм  $\chi^2$  Пірсона:

\* –  $p<0,05$  порівняно з 3-ю групою

У 2-й та 3-й групі переважаюча більшість обстежених мала середній рівень тривожності, у 3-й майже половина (45,71 %) – низький.

Виявлено достовірні відмінностей між середніми балами характеристик особистісної тривожності у обстежених жінок 1-а та 1-б підгрупи порівняно з групою порівняння ( $p<0,001$ ). Найвищий рівень тривожності у обстежених жінок з тривалістю захворювання в середньому більше 6 років та больовим синдромом за ВАШ 7 – 10 балів (показник

у 1-б групі – 15,9±1,55 (6,94)). Виявлено також високу позитивну кореляцію ( $R=0,65$ ) між показником особистісної тривожності і індексом болю. Це, мабуть, пов'язано з тим, що вираженість тривожного компонента в емоційному сприйнятті болю впливає на інтенсивність, тривалість і якість больових відчуттів та може сприяти формуванню психологічного компонента болю у пацієнок з тривалим СХТБ (рис.3)

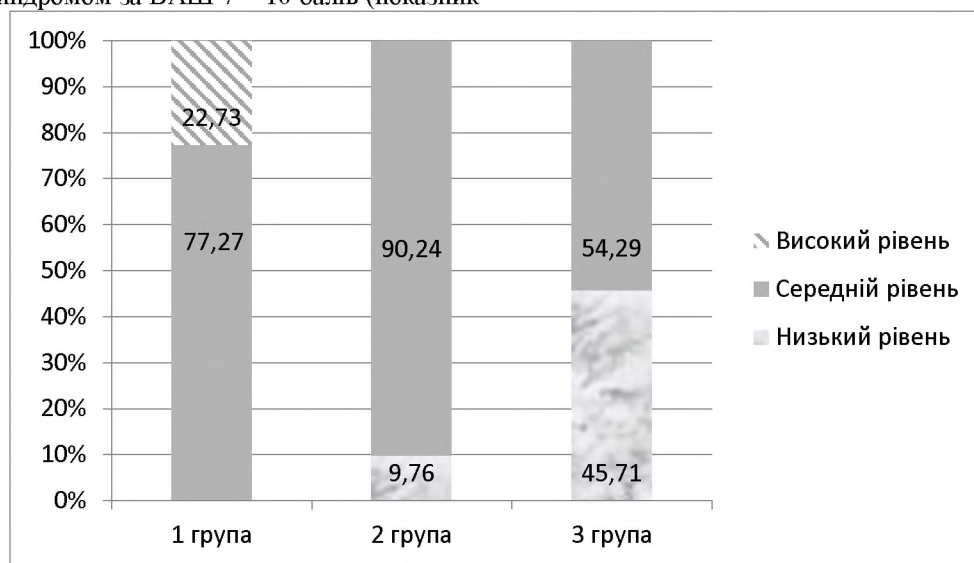


Рис. 3. Розподіл обстежених жінок з СХТБ за рівнем особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлора (%)

Виявлено ознаки депресивних розладів середнього ступеня виразності (рис. 4) у третини

(31,82 %) пацієнок 1-ої групи, у 9,97 % з другої і тільки у 2,86 % жінок з групи порівняння ( $p<0,001$ ).



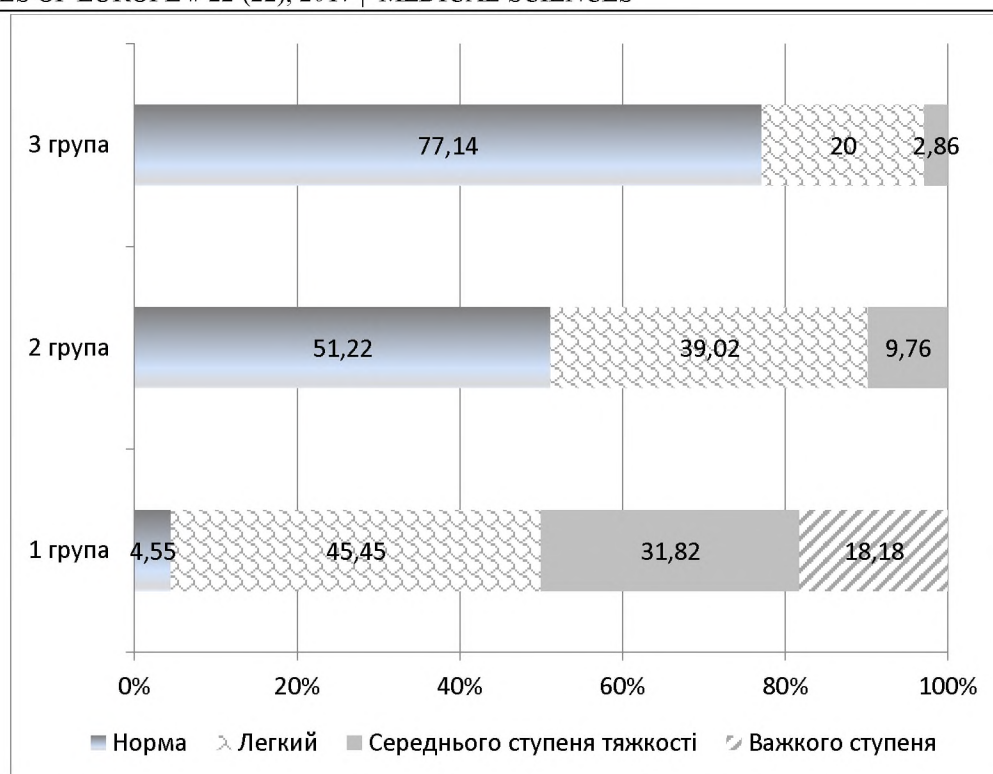


Рис. 4. Розподіл обстежених жінок з СХТБ за рівнем депресивного розладу за шкалою Гамільтона (%)

Як рівень депресивного розладу, так і рівень особистісної тривожності у обстежених жінок пов'язаний з тривалістю та рецидивами захворювання, прямим зв'язком середньої сили ( $r=0,35$ ;  $p=0,001$  та  $r=0,28$ ;  $p=0,003$  відповідно) – чим довше триває СХТБ, тим більш інтенсивні несприятливі психічні розлади ми можемо спостерігати.

Виразність больового синдрому теж корелює прямим зв'язком середньої сили з рівнем особистісної тривожності та депресії, найвищі коефіцієнти кореляції спостерігаються у зазначених показників з оцінкою болю за ВАШ.

Таким чином, частота «вісцерального синдрому» спостерігалася загалом у 22,5 % (95 % ДІ 15,95 - 30,76) обстежених жінок (табл. 3).

Таблиця 3

Частота «вісцерального синдрому» у обстежених жінок з СХТБ

Група/підгрупа	Кількість, n	%	95 % ДІ	$p^*$
1-а (n=24)	9	37,5	21,16 - 57,29	$p_{1a-16}=0,004$ $p_{1a-2a}=0,007$ $p_{16-26}<0,001$ $p_{2a-26}=0,980$ $p_{1a-26}=0,023$ $p_{16-2a}<0,001$ $p_{1-2}<0,001$ $p_{1a-3}<0,001$ $p_{16-3}<0,001$ $p_{1-3}<0,001$ $p_{2a-3}=0,995$ $p_{2-3}=0,937$
1-б (n=20)	17	85,0	63,96 - 94,76	
1 група (n=44)	26	59,09	44,41 - 72,31	
2-а (n=20)	0	0	0 - 16,11	
2-б (n=21)	1	4,76	0,85 - 22,67	
2 група (n=41)	1	2,44	0,43 - 12,6	
3 група (n=35)	0	0	0 - 9,89	
Загалом (n=120)	27	22,5	15,95 - 30,76	

Примітка. розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона з поправкою Йейтса

ВС частіше виявлявся у хворих 1-ї групи – 59,09 % (95 % ДІ 44,41 - 72,31), з проявами тривалого больового анамнезу і вираженого больового синдрому, порівняно з 2-ю групою – 2,44 % (95 % ДІ 44,41 - 72,31). Між 1-ю та 2-ю групами визначено статистично значущі розбіжності за його наявністю ( $p<0,001$ ). У 3-й групі обстежених жінок «вісцеральний синдром» виявлено не було. Найчастіше синдром виявлявся у 1-б підгрупі – 85,0 % (95 % ДІ 63,96 - 94,76), що статистично достовірно

вище ( $p=0,004$ ) порівняно з 1-а підгрупою – 37,5 % (95 % ДІ 21,16 - 57,29). Визначено, що «вісцеральний синдром» корелює з такою екстрагенітальною патологією, як захворювання ШКТ ( $p=0,33$ ;  $p<0,001$ ), сечостатевої системи ( $p=0,26$ ;  $p=0,004$ ) та залізодефіцитними станами внаслідок АМК ( $p=0,29$ ;  $p=0,001$ ).

Спостерігається середньої сили прямий кореляційний зв'язок ВС з тривалістю ХТБ ( $p=0,35$ ;  $p<0,001$ ) та силою болю за ВАШ ( $p=0,63$ ;  $p<0,001$ ),

та прямі кореляційні зв'язки середньої сили між ВС та усіма характеристиками больового синдрому за опитувальником Мак-Гілла. ВС пов'язаний також з підвищеним рівнем тривожності ( $p=0,50$ ;  $p<0,001$ ) і депресії ( $p=0,52$ ;  $p<0,001$ ).

В зв'язку з цим представляється актуальним розглядати «вісцеральний синдром» не лише в рамках коморбідності з гінекологічною патологією, але і із урахуванням рівнів больового синдрому, особистісної тривожності та депресивних розладів, що впливають на процес хронізації СХТБ у жінок з ГЕ та СДГЗ.

### Висновки

На підставі проведених досліджень поглиблені і розширені уявлення про патогенез СХТБ при генітальному ендометріозі та доброякісних гормональних захворюваннями геніталій.

Проведена оцінка чинників виникнення «вісцерального синдрому» як одного із компонентів СХТБ. Неефективність антиоксидантної системи, порушення психологічного статусу, патологічні взаємодії периферичних нервових шляхів в одному з органів черевної порожнини негативно впливають на функцію інших органів, внаслідок перехресної сенсibiлізації, що сприяє виникненню хронічного больового синдрому у хворих з генітальним ендометріозом та доброякісними захворюваннями геніталій.

Патологічна больова афферентация призводить до дизрегуляції ноцицептивної системи і сприяє прогресу СХТБ, що підтверджується статистично значимими асоціативними зв'язками.

### Література

1. Дамиров М.М. (2010) Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин. М.:БИНОМ, 2010. – 180с.
2. Дубоссарская Ю.А., Дубоссарская З.М. Синдром хронической тазовой боли на уровне междисциплинарного общения/Ю.А.Дубоссарская, З.М.Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013 – № 3(67). – С. 5 - 16.
3. Кузнецова И.В. (2013). Хроническая тазовая боль // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 91-97.
4. Минутко В. П. Депрессия. М.: ГЭОТАР, 2006. – 320с.
5. Татарчук Т.Ф., Захаренко Н.Ф., Тутченко Т.М.(2013) Новые подходы к проблемным вопросам лечения генитального эндометриоза /Т.Ф.Татарчук, Н.Ф.Захаренко, Т.М.Тутченко// Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 3 (11). С.36 – 42.
6. Харченко Ю. А.(2014) Адекватная оценка боли – залог её успешного лечения. Universum: Медицина и фармакология URL.:<http://7universum.com/ru/med/archive/item/3966>
7. Ярмолинская М.И. Имунотенулирующая терапия генитального эндометриоза: реалии и перспективы применения/ М.И. Ярмолинская, В.М. Денисова // Фарматека. –2015 – № 12.С. 6-12
8. Яроцкая М.Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии. Дис...д-ра мед.наук, 2004.
9. Brawn J., Morotti M., Zondervan K., Becker C., Vincent K. (2014) Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. Hum Reprod Update, 20(5), 737–747.
10. Brumovsky P., Gebhart G. (2010) Visceral organ cross-sensitization—an integrated perspective. Auton Neurosci., 153(1-2), 106–115.
11. Cheong. Y., William Stones(2006). Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol., 20, 695–711.
12. Christianson JA1, Liang R, Ustinova EE, Davis BM, Fraser MO, Pezzone MA. (2007) Convergence of bladder and colon sensory innervation occurs at the primary afferent level. Pain, 128(3), 235-43.
13. Ducreux D., Attal N., Parker F., Bouhasstra D.(2006). Mechanisms of central neuropathic pain: a combined psychophysical and fMRI study in syringomyelia. Brain, 128, 963 – 976.
14. Hansen K.E., Kesmodel U.S., Baldursson E.B., Kold M., Forman A. (2014). Visceral syndrome in endometriosis patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 179, 198 – 203.
15. Graziottin A., Skaper S, Fusco M.(2013) Inflammation and Chronic Pelvic Pain: A Biological Trigger for Depression in Women?, 3, 142.
16. Gebhart GF. (2000) Visceral pain—peripheral sensitization. Gut, 47(4), 54–58.
17. Giamberardino M.A. (2008) Women and visceral pain: are the reproductive organs the main protagonists? Mini-review at the occasion of the «European week against pain in women 2007»Eur. J. Pain., 12(3), 257-600.
18. Schwartz E.S., Schwartz E.S., Gebhart G.F. (2014) Visceral pain. Curr Top Behav Neurosci., 20, 171–197.
19. Dowlati Y., Herrmann N., Swardfager W. et al. (2010) Meta-Analysis of Cytokines in Major. Biol Psychiatry., 67, 446– 457.
20. Stratton P. Khachikyan I., Sinaii N., Ortiz R., Shah J. (2015) Association of chronic pelvic pain and endometriosis with signs of sensitization and myofascial pain. Obstet Gynecol., 3, 719–728.
21. Vincent K. (2011). Pelvic pain in women: clinical and scientific aspects. Curr Opin Support Palliat Care. 5(2), 143-9
22. Vercellini P. (2013) Chronic Pelvic Pain, p.196
23. Meurs-Szojda MM, Mijatovic V, Felt-Bersma RJ, Hompes PG. (2011) Irritable bowel syndrome and chronic constipation in patients with endometriosis. Colorectal Dis, 13(1): 67–71.